ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Δρ ΑΝΝΑ ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ
ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ Ι.Α.Α.

ΙΝ.ΕΠ.
ΙΟΥΝΙΟΣ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Ο όρος **ποιότητα ζωής** αποτελεί μία σχετικά νέα έννοια που με τον καιρό αναπτύχθηκε και έγινε περισσότερο σύνθετη.
Εμφανίστηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ στη δεκαετία του '50. Αρχικά, είχε ταυτιστεί με την έννοια του βιοτικού επιπέδου, καθώς περιλάμβανε έννοιες που είχαν να κάνουν με την κατοχή υλικών αγαθών και χρήματος . Το 1960 ο όρος διευρύνθηκε, για να περιλάβει την παιδεία, την υγεία και ευεξία, την οικονομία και τη βιομηχανική ανάπτυξη.

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ένας κοινώς αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα ζωής, ειδικά αφού η έννοια βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ των ανθρωπιστικών, κοινωνικών επιστημών και των επιστημών της υγείας . Σε θεωρητική βάση, η ποιότητα ζωής μπορεί να ορισθεί με την περιγραφή των χαρακτηριστικών, συνθηκών ή τομέων της ζωής που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία των ατόμων ως ανεξάρτητων και αυτόνομων όντων. Πρόκειται για την ελευθερία δράσης, τη νοηματοδότηση πράξεων, την επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση, την ακεραιότητα και εκπλήρωση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών λειτουργιών στην καθημερινή τους ζωή και τη διατήρηση της υγείας. Ο Hornquist (1982) θεωρεί ότι συνολικά η ποιότητα ζωής έχει να κάνει με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών αναφορικά με τους σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, υλικούς και διαρθρωτικούς τομείς της ζωής, ενώ κατά τον Lewis (1982) η ποιότητα ζωής είναι ο βαθμός στον οποίο κάποιος έχει αυτοεκτίμηση, σκοπό στη ζωή και ελάχιστο άγχος. (Παπάνης 2007)

Η πολυδιάστατη φύση της ποιότητας ζωής είχε σαν αποτέλεσμα τη διεξαγωγή πολλών ερευνών προκειμένου να διερευνηθούν και να ταξινομηθούν οι παράγοντες που την επηρεάζουν και την ανάπτυξη ενός πλήθους θεωριών σχετικά με το θέμα. Τα μοντέλα που αναπτύχθηκαν ήταν πολλά και ποικίλαν ανάλογα με το βαθμό σπουδαιότητας που απέδιδαν σε διαφορετικούς παράγοντες. Έτσι, αναπτύχθηκαν τα μοντέλα που ακολουθώντας την ιεραρχία των ανθρώπινων αναγκών του Maslow (1954, 1968) έδιναν προτεραιότητα στις βασικές ανάγκες, ενώ από την άλλη τα κλασικά μοντέλα βασίζονταν αποκλειστικά στην ψυχολογική ευεξία, στην ευτυχία, στην ικανοποίηση από τη ζωή (Andrews, 1986, Andrews και Witney 1976, Larson, 1978), στις κοινωνικές προσδοκίες (Calman, 1984) ή στις ατομικές αντιλήψεις (O'Boyle, 1997).

Μια άλλη ταξινόμηση των παραγόντων επιχειρήθηκε από τον Flanagan (1978, 1982), ο οποίος εντόπισε 15 παράγοντες ποιότητας ζωής, τους οποίους και ταξινόμησε σε 5 μεγάλες κατηγορίες:

1. σωματική και υλική ευημερία (οικονομική άνεση , ασφάλεια και υγεία),

2. σχέσεις με άλλους ανθρώπους (συζυγικές σχέσεις, ανατροφή παιδιών, σχέσεις με συγγενείς και στενούς φίλους),
3. κοινωνικές και κοινοτικές δραστηριότητες (παροχή βοήθειας σε συνανθρώπους, συμμετοχή σε τοπικές και εθνικές δραστηριότητες),
4. προσωπική ανάπτυξη και καταξίωση (πνευματική ανάπτυξη, προσωπική στοχοθεσία και αυτογνωσία, ενδιαφέρον για τη δουλειά, δημιουργικότητα και εμπειρία)
5. ελεύθερος χρόνος (κοινωνικοποίηση, δραστηριότητες αναψυχής).

Οι Campbell et al. (1976) διαπίστωσαν ότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή και τις συνθήκες διαβίωσης.
Οι Young και Longman (1983) συμφωνούν με την παραπάνω άποψη και υποστηρίζουν ότι η ποιότητα ζωής αναφέρεται στη σωματική, κοινωνική, υλική και ψυχολογική ευεξία του ατόμου. Για το λόγο αυτό, οι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο είναι: ο γάμος, η οικογενειακή ζωή, η υγεία, η γειτονιά, η φιλία, οι εργασίες στο σπίτι, η απασχόληση, η ζωή σε αστικό ή αγροτικό περιβάλλον, η στέγαση, η παιδεία, το βιοτικό επίπεδο, το επίπεδο μόρφωσης και η οικονομική άνεση. Αν οι εν λόγω τομείς βαίνουν καλά, τότε τα επίπεδα ικανοποίησης των ατόμων από τη ζωή τους είναι υψηλά και, συνεπώς, και η ποιότητα ζωής.

Διεπιστημονική προσέγγιση της «ποιότητας ζωής»
Ποικίλες προσεγγίσεις επίσης έχουν αναπτυχθεί από διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους, όπως την επιδημιολογία, τη δημογραφία, την κοινωνιολογία, την ψυχολογία και την οικονομία, με σκοπό την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής.

Κλινικοί γιατροί
Εξέταση φυσικών διαστάσεων ποιότητας ζωής

Κοινωνιολόγοι
Εξέταση της ποιότητας ζωής ως πολυδιάστατου κοινωνικού φαινομένου και μέτρηση με κοινωνικούς –αντικειμενικούς δείκτες.

Οικονομολόγοι
Επικέντρωση στην κατανομή των οικονομικών πόρων και σε οικονομικούς δείκτες.

Ψυχολόγοι
Έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής

Η οικονομολογική προσέγγιση εστιάζει στην κατανομή των οικονομικών πόρων. Οι *βασικοί δείκτες του επιπέδου ζωής* που χρησιμοποιούνται στις διακρατικές συγκρίσεις είναι το *ακαθάριστο εθνικό προϊόν (ΑΕΠ)* και το *κατά κεφαλή εισόδημα*. Πράγματι είναι γεγονός πως μέχρι ένα σημείο, αυτοί οι δείκτες της οικονομικής ανάπτυξης μπορούν να αντικατοπτρίζουν την ποιότητα ζωής του πληθυσμού με δεδομένο ότι το χρήμα αγοράζει υλικά και υπηρεσίες. Το ακαθάριστο εθνικό προϊόν, όμως, δεν ενημερώνει για την κατανομή των οικονομικών πόρων εντός μίας χώρας, το εισόδημα διαφόρων ομάδων πληθυσμού ή την επένδυση στην παιδεία, την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα έχει φανεί πως η ραγδαία οικονομική ανάπτυξη

συνοδεύεται από υποβάθμιση της ποιότητας ζωής μεγάλων ομάδων πληθυσμού. (Θεοφίλου, 2011).

Σε προσπάθεια αναπλήρωσης των ανωτέρω ελλειμμάτων, η Διεθνής Τράπεζα καθιέρωσε το ***Δείκτη Φυσικής Ποιότητας Ζωής*** (physical quality of life index, PQLI), που βασίζεται στο:

- ακαθάριστο εθνικό προϊόν, συνυπολογίζοντας επίσης
- τη βρεφική θνησιμότητα,
- την αναμενόμενη διάρκεια ζωής (στην ηλικία ενός έτους) και
- το ποσοστό αναλφαβητισμού σε κάθε χώρα.

(Morris, 1979)

Η UNICEF, εστιάζοντας στον παιδικό πληθυσμό, άρχισε να χρησιμοποιεί το ***Δείκτη Ποιότητας Ζωής των Παιδιών*** **(NICQL),** ο οποίος συνεκτιμά:

- το Δείκτη Φυσικής Ποιότητας Ζωής(PQLI),
- τον αναλφαβητισμό του γυναικείου πληθυσμού και
- τη συμμετοχή των παιδιών στο εργατικό δυναμικό.

(Jordan,1983)

Ο ΟΗΕ εστιάζει στον δείκτη ανθρώπινης Ανάπτυξης. Ο **Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης** (*Human Development Index, HDI)* αποτελεί μέτρο σύγκρισης του προσδόκιμου ηλικίας, του αλφαβητισμού, της εκπαίδευσης και της ποιότητας ζωής ανά τον κόσμο. Με βάση αυτόν το Δείκτη, γίνεται χαρακτηρισμός μιας χώρας σε υπανάπτυκτη ή αναπτυσσόμενη ή αναπτυγμένη και επίσης για να μετρήσει την επίδραση των οικονομικών πολιτικών στην ποιότητα ζωής.

Ο **Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης** μετράει τις φυσιολογικές επιτεύξεις μιας χώρας σε τρεις βασικούς τομείς της ανθρώπινης ανάπτυξης: **Υγεία, Εκπαίδευση, Εισόδημα**

Κοινωνιολογική προσέγγιση

Με την καθιέρωση των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και τη διαπίστωση ότι η οικονομική ανάπτυξη δεν ικανοποιεί αυτόματα όλες τις ανθρώπινες ανάγκες, ξεκίνησαν έντονες προσπάθειες στο χώρο της κοινωνιολογίας για να βρεθούν τρόποι μέτρησης του βιοτικού επιπέδου και της ποιότητας ζωής. Διάφορες μελέτες απεικόνισαν τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της ποιότητας ζωής και επιβεβαίωσαν τη σπουδαιότητα της εκτίμησης των δύο διαστάσεών της, της αντικειμενικής διάστασης, που εκφράζεται ως ανάγκες, και της υποκειμενικής διάστασης, που εκφράζεται ως επιθυμίες των ανθρώπων.

Αν και οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν ότι η ποιότητα ζωής είναι τελικά υποκειμενική, άλλοι εκτιμούν ότι οι αντικειμενικοί παράγοντες είναι ίσης σημασίας, αρκετοί θεωρούν ότι είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο.

Σε διεθνές επίπεδο, οι κατηγορίες των κοινωνικών δεικτών του ΟΟΣΑ ορίστηκαν ως δείκτες μέτρησης της ποιότητας ζωής.

Όσον αφορά στον **ΟΟΣΑ**, τα κράτη-μέλη έχουν καταλήξει σε έναν κατάλογο κοινωνικών θεμάτων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής, όπου περιλαμβάνονται θέματα όπως η υγεία, ο έλεγχος στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών, η εργασία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής.

Ο δείκτης ποιότητας ζωής *του ΟΟΣΑ (better life index) μετράει την ποιότητα ζωής σε 11 τομείς:*

- στέγη
- εισόδημα
- εργασία
- κοινότητα
- εκπαίδευση
- περιβάλλον
- υγεία
- ικανοποίηση από τη ζωή
- ασφάλεια
- διακυβέρνηση
- συνδυασμός επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής

(www.oecd.org)

Τα πιο πρόσφατα **μοντέλα της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας** συνδυάζουν τους ψυχολογικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε τρεις σφαίρες: τις εξωτερικές συνθήκες (οικονομία, εργασία, στέγη), τις διαπροσωπικές σχέσεις (οικογένεια, σχέση, σύντροφος) και την εσωτερική ισορροπία (αυτοεκτίμηση, διάθεση)

Παράγοντες που καθορίζουν και επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής

Η ΠΖ διαμορφώνεται από τη φυσική υπόσταση και τη σωματική υγεία των ατόμων, την ψυχική τους κατάσταση, το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζουν, καθώς και από τις σχέσεις που αναπτύσσουν. Η υγεία αναγνωρίζεται, σύμφωνα με νεότερες θεωρίες, ως ένας μόνο από τους παράγοντες που προσδιορίζουν την ΠΖ. Μια πληθώρα από άλλους, επιμέρους παράγοντες μπορούν να προσδώσουν ποιοτικά χαρακτηριστικά
στη ζωή των ατόμων (Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ , 1997)

- Κλίμα και γεωφυσικές συνθήκες τόπου διαμονής.
- Επίπεδο διαταραχής οικολογικής ισορροπίας.
- Οικιστικό περιβάλλον.
- Διατροφικές συνήθειες, τρόπος ζωής και έξεις.
- Γενικότερη κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών.
- Σωματικές αναπηρίες ή χρόνια νοσήματα.
- Προσαρμοστικότητα σε νέες συνθήκες.
- Πολιτιστικό μόρφωμα.
- Θρησκευτικές πεποιθήσεις και δοξασίες.

- Εκπαίδευση και επιμόρφωση.
- Επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης.
- Άγχος για την ασθένεια ή το θάνατο.
- Βαθμός εμπιστοσύνης στις κοινωνικές σχέσεις.
- Χαρακτηριστικά κοινωνικών σχέσεων.
- Επάγγελμα και περιβάλλον εργασίας - stress.
- Βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Παραγωγικές διαδικασίες – αποκλεισμός εργασίας.
- Εισόδημα και τρόπος διανομής - διαχείρισης.
- Ποιότητα διαθέσιμης ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

Στην προσπάθεια όμως να περιοριστεί το εύρος της έννοιας «Ποιότητα Ζωής» ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην επιστημονική έρευνα, όλοι οι μελετητές επικεντρώνονται στον Τομέα της Υγείας, δηλαδή αναφέρονται στη συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (health related quality of life).

Β. Ποιότητα ζωής και υγεία

Ως συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής γενικά αναγνωρίζεται «η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος πάνω στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του, απάντηση η οποία επηρεάζει το βαθμό στον οποίο μπορεί το άτομο να νιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του».

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί ένα ειδικό πεδίο έρευνας, στο οποίο περιλαμβάνονται οι πλευρές της ζωής των ατόμων που επηρεάζονται τόσο από την προσωπική υγεία όσο και από τις δραστηριότητες που στοχεύουν στη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας. Είναι μια υποκειμενική αντίληψη του επιπέδου υγείας, η οποία επικεντρώνεται στην επίδραση που έχει μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας στην ικανότητα του ατόμου να ζήσει μια ικανοποιητική ζωή. Με άλλα λόγια, πρόκειται για μια πολυδιάστατη έννοια με διττό χαρακτήρα, που αφορά στις *θετικές* και στις *αρνητικές όψεις της ευεξίας* και *της ζωής* και περιλαμβάνει τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική υγεία. Επίσης, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί μια δυναμική έννοια, η εκτίμηση της οποίας μετα βάλλεται καθώς τροποποιείται το επίπεδο υγείας, οι σχέσεις, οι εμπειρίες και οι ρόλοι του ατόμου. (Υφαντόπουλος, 2008)

Γενικά η ποιότητα ζωής είναι μια πολυπαραγοντική έννοια με τουλάχιστον τρεις κύριες διαστάσεις ή παράγοντες.

1. Τη σωματική διάσταση που περιλαμβάνει την αντίληψη του εαυτού ως υγιούς ή ασθενούς, την προσωπική βαθμολόγηση της δυσκολίας με τις

καθημερινές δραστηριότητες, την ικανοποίηση με την υγεία και τις ημέρες νοσηλείας του ασθενούς στο νοσοκομείο,

2. τη συναισθηματική διάσταση που περιλαμβάνει τον αυτοσεβασμό, την ευτυχία, την ικανοποίηση από τη ζωή και

3. την κοινωνική διάσταση που περιλαμβάνει την κοινωνική προσαρμογή και την επαγγελματική προσαρμογή.

Γ. Συστήματα μέτρησης της Ποιότητας Ζωής

Ανάλογα με τη στρατηγική και τους στόχους της μέτρησης της Ποιότητας Ζωής χρησιμοποιείται κάποιο από το πολλά συστήματα ή «εργαλεία» μέτρησης που είναι διαθέσιμα στη διεθνή βιβλιογραφία.

Γ.1 Δείκτες Υγείας

Για πολλές δεκαετίες, η μέτρηση της υγείας και οι υγειονομικές εκτιμήσεις ενός πληθυσμού γίνονταν μέσω δεικτών και βάσει του βιοϊατρικού μοντέλου. Οι δείκτες αυτοί μετρούσαν θετικές ή κατά το πλείστον αρνητικές πλευρές της φυσικής κατάστασης ενός πληθυσμού.

Προσδόκιμο ζωής
Μέσος αριθμός των που υπολογίζεται να ζήσει κάποιος από το χρόνο γέννησής του

Δείκτες θνησιμότητας
Αναφέρονται σε αναλογίες αποθανόντων από κάποια αιτία ή ανεξαρτήτως αιτίας, μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο, σε σχέση με κάποια μονάδα μεγέθους του πληθυσμού (π.χ. σε 1.000άτομα). Περιλαμβάνουν την περιγεννητική και νεογνική θνησιμότητα, τους δείκτες θνησιμότητας ανά ασθένεια ή κατηγορία ασθενών.

Δείκτες θνητότητας
Αναφέρονται σε ποσοστά αποθανόντων σε σχέση με τον πληθυσμό που πάσχει από κάποιο συγκεκριμένο νόσημα.

Νοσοκομειακοί δείκτες
Πρόκειται για δείκτες διάθεσης και χρήσης υγειονομικών πόρων, που προκύπτουν από την καταγραφή των παροχών διαφόρων υπηρεσιών υγείας – ετήσιες εισαγωγές ασθενών, αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων, ημέρες νοσηλείας κ.α

Δείκτες νοσηρότητας
Διακρίνονται στους δείκτες επιπολασμού (εκφράζουν τη συχνότητα εμφάνισης μιας νόσου σε μια ορισμένη χρονική στιγμή και είναι κατάλληλοι για την κατά γραφή και παρακολούθηση των χρόνιων παθήσεων) και επίπτωσης (αναφέρονται στην επέλευση της νόσου, δηλαδή τη συχνότητα εμφάνισης νέων περιστατικών μίας πάθησης σε μια ορισμένη χρονική περίοδο και είναι

κατάλληλοι κυρίως για την εκτίμηση των αναγκών και την αντιμετώπιση λοιμωδών νοσημάτων βραχείας διάρκειας).
Οι κλασικοί δείκτες μπορεί να καταγράφουν τις επιπτώσεις και τη διάρκεια των ασθενειών στην κοινωνία, αλλά βασιζόμενοι σε απολογιστικά στοιχεία των υγειονομικών μονάδων δεν αποδίδουν τον πραγματικό αντίκτυπο που έχουν στη ζωή των ασθενών τα νοσήματα και οι επιπλοκές τους.
Οι κλασικοί δείκτες δεν αξιολογούν επίσης την οπτική γωνία του ασθενούς, ούτε δίνουν αξιοποιήσιμα στοιχεία για την εκτίμηση των κοινωνικών αποτελεσμάτων μιας νόσου ή της θεραπευτικής της αγωγής.
Παράλληλα, οι οριακές τα τελευταία χρόνια μεταβολές στους δείκτες θνησιμότητας και ο προβληματισμός για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, η γήρανση του πληθυσμού, οι ανισότητες στην υγεία που συνεχώς διευρύνονται και το διαρκώς αυξανόμενο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, στρέφουν το ενδιαφέρον για την αποτίμηση των παραγόμενων υγειονομικών εκροών στην αναζήτηση νέων εργαλείων μέτρησης της υγείας των χρηστών.

Σήμερα, απαιτούνται επίσης νέοι δείκτες, που να μη μετρούν μόνο την αρνητική πλευρά της υγείας και το θάνατο, αλλά και τις θετικές διαστάσεις της υγείας, δηλαδή τη συναισθηματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία.
Η σύγχρονη ιατρική κοινότητα πρέπει να επικεντρώνεται όχι μόνο στο αποτέλεσμα των ιατρικών πράξεων, αλλά και στις επιπτώσεις που αυτές έχουν στο σύνολο της ζωής του ασθενούς και τα νέα αυτά εργαλεία θα πρέπει να μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη λήψη κλινικών αποφάσεων, αλλά και ως οδηγοί στην επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή.
Ο συνδυασμός των παραπάνω προοπτικών διαμορφώνει το πλαίσιο μέσα στο οποίο τοποθετείται πλέον η μελέτη για την ΣΥΠΖ: αφενός η προσωπική, υποκειμενική εμπειρία ενός ατόμου για τη ζωή του, αυτή καθ' εαυτή (υποκειμενική διάσταση) και αφετέρου η εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ΠΖ του (αντικειμενική διάσταση). (Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ., 2001)

Κοινοτικοί δείκτες για την υγεία 

Ένας από τους βασικούς στόχους του Προγράμματος Δημόσιας Υγείας (2008-2013) είναι να παρέχει συγκρίσιμες πληροφορίες για την υγεία των Ευρωπαίων πολιτών, με την κατάρτιση δεικτών για την υγεία και τη συγκέντρωση στοιχείων. Οι πληροφορίες που θα συγκεντρώνονται πρέπει να καλύπτουν τη συμπεριφορά του πληθυσμού σε θέματα υγείας (π.χ. στοιχεία για τον τρόπο ζωής και άλλους παράγοντες καθοριστικούς για την υγεία), τις διάφορες ασθένειες (π.χ. συχνότητα εμφάνισης και τρόποι παρακολούθησης χρόνιων, σοβαρών και σπάνιων ασθενειών) και τα συστήματα υγείας (π.χ. στοιχεία για την πρόσβαση στην περίθαλψη, για την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, για το ανθρώπινο

δυναμικό και για την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης).

- ## Δεδομένα σχετικά με τον πληθυσμό

Πληθυσμός κατά φύλο/ηλικία
Πληροφορίες και δεδομένα σχετικά με τον πληθυσμό της ΕΕ κατά φύλο και ηλικία
Ποσοστό εξάρτησης λόγω ηλικίας
Πληροφορίες και δεδομένα σχετικά με τον πληθυσμό της ΕΕ κατά το ποσοστό εξάρτησης λόγω ηλικίας
Ακαθάριστο ποσοστό γεννήσεων
Δεδομένα για τον αριθμό γεννήσεων και θανάτων ως προς το μέσο πληθυσμό σ' ένα συγκεκριμένο έτος
Προβολές πληθυσμού
Δεδομένα σχετικά με τις προβολές πληθυσμού βάσει υποθέσεων για το συνολικό ποσοστό γονιμότητας, το προσδόκιμο ζωής και τη μετανάστευση
Προσδόκιμο ζωής
Δεδομένα σχετικά με το προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού εάν σε όλη τη διάρκεια ζωής του ισχύουν οι ίδιες συνθήκες θνησιμότητας
Eurostat Συγκρίσιμα ποσοστά θνησιμότητας για 65 αιτίες θανάτου
Πληροφορίες σχετικά με τα ποσοστά θνησιμότητας ενός πληθυσμού με τυπική κατανομή ηλικιών

- ## Κατάσταση υγείας

Ιδία αντίληψη για τη γενική υγεία, επιπολασμός
Δεδομένα σχετικά με την ιδία αντίληψη για την προσωπική υγεία και την κατάσταση αναπηρίας
Προσδόκιμο υγείας, με βάση τον περιορισμό των συνήθων δραστηριοτήτων
Δεδομένα για το προσδόκιμο υγείας, με βάση τον περιορισμό των συνήθων δραστηριοτήτων
Επιπολασμός χρόνιων ασθενειών
Δείκτες που αφορούν την ιδία αντίληψη για την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω χρόνιων παθήσεων

- ## Βρέφη και παιδιά

Βρεφική θνησιμότητα
Δεδομένα για τη βρεφική θνησιμότητα

Περιγεννητική θνησιμότητα
Δεδομένα για την περιγεννητική θνησιμότητα (εμβρυική και πρώιμη νεογνική θνησιμότητα)
(Χαμηλό) βάρος κατά τη γέννηση
Δεδομένα για την κατανομή που αφορά το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση
Κάλυψη εμβολιασμού στα παιδιά
Δεδομένα σχετικά με το ποσοστό των βρεφών που εμβολιάζονται πλήρως κατά της διφθερίτιδας στη διάρκεια του πρώτου χρόνου της ζωής τους

- **Ηλικιωμένοι**

Προσδόκιμο υγείας, με βάση τον περιορισμό των συνήθων δραστηριοτήτων στα 65
Πληροφορίες σχετικά με το προσδόκιμο υγείας ως μέσο όρο του αριθμού των ετών που απομένουν θεωρητικά σε ένα άτομο μιας ορισμένης ηλικίας να ζήσει χωρίς αναπηρία
Ποσοστό εξάρτησης λόγω ηλικίας
Πληροφορίες και δεδομένα σχετικά με τον πληθυσμό της ΕΕ κατά το ποσοστό εξάρτησης λόγω ηλικίας

- **Γυναίκες**

Κατανομή κατά την ηλικία της μητέρας (εγκυμοσύνες στην εφηβεία, μεγάλης ηλικίας μητέρες)
Δεδομένα σχετικά με την κατανομή της ηλικίας της μητέρας κατά το έτος του τοκετού
Ποσοστό γονιμότητας
Δεδομένα σχετικά με τα ποσοστά γονιμότητας
Κάλυψη διαγνωστικών εξετάσεων καρκίνου του μαστού
Δεδομένα για το ποσοστό των γυναικών που αναφέρουν ειδικές προληπτικές εξετάσεις

- **Κάπνισμα**

Τακτικοί καπνιστές
Δεδομένα σχετικά με το ποσοστό των καπνιστών κατά φύλο και κατά ηλικία 15-24
Καρκίνος των πνευμόνων
Δεδομένα σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης κακοηθών νεοπλασμάτων της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα ανά χώρα

- Ναρκωτικά

Θάνατοι που συνδέονται με τα ναρκωτικά
Πληροφορίες και δεδομένα σχετικά με τους θανάτους που οφείλονται στην κατανάλωση ναρκωτικών

- Αλκοόλ

Συνολική κατανάλωση αλκοόλ
Δεδομένα για την κατά κεφαλήν κατανάλωση λίτρων καθαρού αλκοόλ μεταξύ του πληθυσμού ηλικίας άνω των 15 ετών

- Διατροφή

Κατανάλωση/διαθεσιμότητα φρούτων
Δεδομένα σχετικά με την κατανάλωση φρούτων ανά χώρα
Κατανάλωση/διαθεσιμότητα λαχανικών
Δεδομένα σχετικά με την κατανάλωση λαχανικών ανά χώρα

- Οδική ασφάλεια

Τραυματισμοί: οδική κυκλοφορία
Δεδομένα σχετικά με τον αριθμό θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων

- Κοινωνικό περιβάλλον

Πληθυσμός κάτω από το όριο της φτώχειας
Ποσοστά ανεργίας στα οποία εμφανίζονται οι άνεργοι ως ποσοστό του εργατικού δυναμικού

- Υγιεινή του περιβάλλοντος

Έκθεση σε ΑΣ10
Δεδομένα σχετικά με το ποσοστό του αστικού πληθυσμού που εκτίθεται σε ρύπανση του αέρα με επίπεδα συγκέντρωσης μεγαλύτερα των οριακών τιμών

- Στην εργασία

Τραυματισμοί: Χώρος εργασίας
Ποσοστά συχνότητας ατυχημάτων που συμβαίνουν στη διάρκεια της εργασίας και επιφέρουν σωματικές ή ψυχικές βλάβες
Συνολική ανεργία
Δεδομένα σχετικά με το συνολικό ποσοστό των ανέργων ως ποσοστού του εργατικού δυναμικού

- HIV-AIDS

HIV-AIDS
Δεδομένα σχετικά με το ποσοστό επιπολασμού του AIDS

- Κοινοτικοί δείκτες για την υγεία

Καρκίνος των πνευμόνων
Στοιχεία σχετικά με την εμφάνιση και τη συχνότητα εμφάνισης ανά χώρα των κακοήθων νεοπλασμάτων του πνεύμονα
Καρκίνος του μαστού
Δεδομένα σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης κακοηθών νεοπλασμάτων του μαστού ανά χώρα
Κάλυψη διαγνωστικών εξετάσεων καρκίνου του μαστού
Ποσοστό γυναικών που αναφέρουν ειδικές προληπτικές εξετάσεις μαστού
Κάλυψη διαγνωστικών εξετάσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας
Ποσοστό γυναικών που αναφέρουν ειδικές προληπτικές εξετάσεις (δοκιμή κολπικού επιχρίσματος)
Ποσοστά επιβίωσης από τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας
Στοιχεία για τα ποσοστά επιβίωσης ασθενών με καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της
Μήτρας

- Νοσοκομειακή δραστηριότητα

Νοσοκομειακές κλίνες
Δεδομένα σχετικά με τις κλίνες για ασθενείς που νοσηλεύονται για θεραπεία και/ή περίθαλψη

Εξιτήρια ασθενών ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, περιορισμένη διάγνωση

Δεδομένα σχετικά με τα εξιτήρια ασθενών από νοσοκομεία

Μέση διάρκεια παραμονής, περιορισμένη διάγνωση

Δεδομένα σχετικά με το μέσο όρο διάρκειας παραμονής

Χειρουργικές επεμβάσεις: αγγειοπλαστική (PTCA), ισχίου, καταρράκτη

Δεδομένα σχετικά με τις κύριες χειρουργικές επεμβάσεις και διαδικασίες που εκτελούνται στα νοσοκομεία

Μονάδες συσκευών απεικόνισης με μαγνητικό συντονισμό, υπολογιστικής τομογραφίας

Δεδομένα σχετικά με την προηγμένη ιατρική τεχνολογία που χρησιμοποιείται ανά εκατομμύριο πληθυσμού

- ## Προσωπικό στον τομέα της υγείας

Απασχολούμενο νοσηλευτικό προσωπικό

Δεδομένα σχετικά με το συνολικό αριθμό ειδικευμένων νοσηλευτικού προσωπικού και μαιών ανά 100000 κατοίκους

Απασχολούμενοι ιατροί

Δεδομένα σχετικά με τους ιατρούς που ασκούν το επάγγελμά τους και τους ιατρούς που έχουν άδεια άσκησης επαγγέλματος ανά 100000 κατοίκους

Επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς

Δεδομένα σχετικά με τον αριθμό επισκέψεων ασθενών σε γενικούς ιατρούς κατά τη διάρκεια ενός ημερολογιακού έτους

- ## Δαπάνες για την υγεία

Δαπάνες για την υγεία

Δεδομένα για τις συνολικές δαπάνες για την υγεία

Δ. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Η μέτρηση της ΠΖ ως πολυδιάστατο φαινόμενο μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς και διάφορους τρόπους, ανάλογα με τους στόχους της έρευνας. Προκειμένου να μετρηθεί καλύτερα, πληρέστερα και ακριβέστερα κάθε ιδιαίτερη διάσταση, ή έστω μία ή περισσότερες, μπορεί να απαιτούνται περισσότερα από ένα ερωτηματολόγια ή όργανα μέτρησης και η ίδια τους η επιλογή ορισμένες φορές αποτελεί πρόβλημα.

Η προσέγγιση επίσης μίας διάστασης δεν είναι δυνατό να γίνεται με τη διατύπωση μίας μόνο ερώτησης. Η συγκεκριμενικότητα, που εκφράζεται με μία μόνο ερώτηση, περιορίζει το εύρος και το βάθος της υπό εξέταση διάστασης. Εάν δεν χρησιμοποιηθούν πολλαπλές μετρήσεις της ίδιας διάστασης με διαφορετικές προσεγγίσεις, το αποτέλεσμα της μέτρησης πιθανότατα να μην εκφράζει αυτό που επιζητείται, να μην είναι έγκυρο ή και να συγχέεται με άλλες διαστάσεις. Η επιλογή λοιπόν οργάνων μέτρησης που περιλαμβάνουν πολλαπλές ερωτήσεις για κάθε μία διάσταση της ποιότητας ζωής, κρίνεται μεθοδολογικά επιβεβλημένη.

Η επιλογή των καταλληλότερων πηγών συλλογής δεδομένων και πληροφοριών, παίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση της μέτρησης. Οι πηγές μπορεί να είναι οι ίδιοι οι ασθενείς, οι οικογένειές τους, οι επαγγελματίες υγείας, οι ιατρικοί φάκελοι κ.α. Στην περίπτωση που χρησιμοποιηθούν πολλαπλές πηγές πληροφόρησης, ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί και στο συγκριτικό μέτρο με βάση το οποίο αξιολογείται η κατάσταση της υγείας ή η ΠΖ ενός ασθενούς. Η εκτίμηση της υπό μέτρησης διάστασης της ΠΖ μπορεί να γίνει με πολλά συγκριτικά σημεία αναφοράς, όπως ο γενικός πληθυσμός,
άλλοι άρρωστοι της ίδιας ή διαφορετικής ομάδας, ή ο ίδιος ο ασθενής όταν ήταν πιο υγιής ή πιο άρρωστος.

Ο ερευνητής θα πρέπει να επιλέξει και τον πλέον ενδεδειγμένο τρόπο συλλογής πληροφοριών ανάλογα με τους στόχους, το χρόνο και το κόστος της έρευνας. Οι συνηθέστεροι τρόποι συλλογής πληροφοριών είναι το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, η προσωπική συνέντευξη και η τηλεφωνική έρευνα, ο καθένας με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά του. Ο συνδυασμός περισσότερων του ενός τρόπων συλλογής στοιχείων αποδίδει περισσότερα οφέλη και παρουσιάζει λιγότερα προβλήματα, εφόσον το επιτρέπουν οι χρονικοί και οικονομικοί περιορισμοί.

Η επιλογή της μεθόδου εξαρτάται :

1. Από την **ακρίβεια** με την οποία θα μετρήσει τα χαρακτηριστικά και θα δώσει έτσι αξιόπιστες πληροφορίες που θα βοηθήσουν στην εκπλήρωση του αρχικού σκοπού και των αντικειμενικών στόχων της έρευνας.

2. **Τις απαιτήσεις σε προσωπικό**, μέσα, χρόνο, οικονομικές και τις τεχνικές προϋποθέσεις εφαρμογής της μεθόδου
3. Το βαθμό **αποδοχής** της μεθόδου από τον υπό εξέταση πληθυσμό
4. Την πιθανότητα να μπορεί να συλλέξει **πληροφορίες από όλα τα υπό εξέταση άτομα**.
5. Πολλές φορές χρειάζεται προσωπική εμπειρία πριν από τη λήψη τελικών αποφάσεων που αποκτάται με προκαταρκτική καθοδηγητική προμελέτη.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Περιέχει προκαθορισμένη σειρά και μορφή ερωτήσεων. Απαντήσεις συλλέγονται :

1. Με προσωπική συνέντευξη
2. Με αυτοσυμπλήρωση

Μορφές ερωτηματολογίων

1. Αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο

- Απλούστερο
- Φτηνότερο. Δεν απαιτεί πολύ προσωπικό και χρόνο για εκπαίδευση.
- Ταχύτερο. Στέλνεται σε πολλούς συγχρόνως.
- Μπορεί να στέλνεται και να συγκεντρώνεται ταχυδρομικώς

2. Με προσωπική συνέντευξη

- Προκαλεί προσωπικό ενδιαφέρον και ατμόσφαιρα κατάλληλη για λήψη πληρέστερων ορθών και ειλικρινών απαντήσεων.
- Οι δυσκολονόητες ερωτήσεις επεξηγούνται, μπορεί να χρησιμοποιηθούν και οπτικά βοηθήματα κλπ.
- Μπορούν να τεθούν ερωτήσεις με τις οποίες θα ελεγχθεί η ορθότητα σε δύσκολες ερωτήσεις.
- Μπορεί να γίνουν και προσωπικές παρατηρήσεις του ερωτώντος που είναι επιβοηθητικές στη μέτρηση του χαρακτηριστικού.
- Στοιχίζουν σε χρήματα και σε χρόνο. Υπάρχει κίνδυνος να επεισέλθει σφάλμα, όχι μόνο από τον ερωτώμενο αλλά και από τον ερωτώντα π.χ. εάν έχει προκαταλήψεις και δεν έχει προτυποποιηθεί η εκπαίδευσή του.

Χαρακτηριστικά των ερωτηματολογίων

Τα ερωτηματολόγια, όπως και κάθε παρόμοιο εργαλείο μέτρησης, πρέπει να διαθέτουν συγκεκριμένα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά, προκειμένου να παρέχουν αξιόπιστες και χρήσιμες πληροφορίες, οι οποίες μπορούν να γενικευτούν στο γενικό πληθυσμό. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι η αξιοπιστία, η εγκυρότητα,η ειδικότητα, η ανταποκρισιμότητα και η ευαισθησία.

Αξιοπιστία **(reliability).** Η αξιοπιστία ενός οργάνου μέτρησης ποιότητας ζωής εκφράζει αφενός την ακρίβεια και τη συνέπεια της μέτρησης ως προς το θέμα το οποίο μελετά και αφετέρου το εύρος μεταβλητότητας των αποτελεσμάτων από

τυχαίους παράγοντες της ζωής των ατόμων. Η αξιοπιστία μιας μέτρησης ελέγχεται με το συντελεστή συσχέτισης μεταξύ επαναλαμβανόμενων μετρήσεων και κυμαίνεται για τις αξιόπιστες μετρήσεις
μεταξύ 0,70–0,90.

***Εγκυρότητα* (validity).** Η εγκυρότητα ενός ερωτηματολογίου ανιχνεύεται δυσκολότερα απ' ό,τι η αξιοπιστία του, καθώς απαιτεί διαδοχικές συσχετίσεις μετρήσεων. Ειδικότερα, όταν το ερωτηματολόγιο έχει αντικειμενικά προφανή έννοια, είναι εύκολα κατανοητό και σχετίζεται άμεσα με το σκοπό της μελέτης, τότε εξασφαλίζεται η εγκυρότητα έκφρασης (face validity). Στη συνέχεια, αν η σύνθεση του ερωτηματολογίου ή της συνέντευξης έχει ευρύτητα και βάθος σε απόλυτη συνάφεια με το σκοπό της μέτρησης, τότε το όργανο μέτρησης χαρακτηρίζεται με εγκυρότητα περιεχομένου (content validity).

Επιπλέον, αν ένα όργανο μέτρησης έχει σχεδιαστεί για να παρέχει μετρήσεις ως προς κάποιο εξωτερικό κριτήριο, η δυσκολία ως προς την εγκυρότητά του στην περίπτωση αυτή έγκειται στην αξιοπιστία και την εγκυρότητα του κριτηρίου (criterion validity). Επιθυμητή είναι επίσης η δομική εγκυρότητα του οργάνου μέτρησης το οποίο επιλέγεται για να διακρίνει και να καταγράφει διαφοροποιήσεις μεταξύ των πληθυσμιακών ομάδων (construct validity).

***Ειδικότητα* (specificity).** Η ειδικότητα ενός οργάνου μέτρησης της ποιότητας ζωής του προσδίδει την ικανότητα να διακρίνει διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών, π.χ. άτομα με καλή ποιότητα ζωής και άτομα με κακή ποιότητα ζωής, τα οποία ανήκουν σε διαφορετικές υπό έρευνα ομάδες.

***Ανταποκρισιμότητα* (responsiveness).** Η έννοια της ανταποκρισιμότητας αποδίδει το βαθμό ευαισθησίας ενός δείκτη να ανιχνεύει αλλαγές στο φυσικό, το ψυχικό και το κοινωνικό επίπεδο υγείας. Η ανταποκρισιμότητα έχει ιδιαίτερη σημασία στη διαδικασία μέτρησης του επιπέδου υγείας, όταν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επίδρασης μιας ιατρικής παρέμβασης.

***Ευαισθησία* (sensitivity).** Τέλος, η ευαισθησία διερευνά την ακρίβεια της κλίμακας μέτρησης και το κατά πόσο διαπιστώνονται από τη χρήση της κλίμακας τυχούσες αλλαγές ή διαφοροποιήσεις.

Ε. Συστήματα μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Ε1. Ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας

Τα ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας αξιολογούν συγκεκριμένες πλευρές του επιπέδου υγείας του ατόμου, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, χωρίς ωστόσο να αναφέρονται σε συγκεκριμένες ιατρικές διαγνώσεις. Είναι πολυδιάστατα εργαλεία, τα οποία αξιολογούν τουλάχιστον τέσσερις διαστάσειςυγείας: τη σωματική λειτουργικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία και τις αντιλήψεις γενικής υγείας.

Οι κλίμακες *γενικού επιπέδου της υγείας* επιτρέπουν στον ερευνητή τη διεύρυνση της μέτρησης του υγειονομικού αποτελέσματος και παράλληλα παρέχουν τη δυνατότητα συγκρίσεων ανάμεσα σε ασθενείς που βρίσκονται σε διαφορετικές καταστάσεις υγείας. Οι κλίμακες αυτές επιχειρούν τη μέτρηση της ποιότητας

ζωής του ατόμου βασιζόμενες κατά κύριο λόγο στο βαθμό πραγματοποίησης των καθημερινών και των κοινωνικών του δραστηριοτήτων. Από την άλλη πλευρά, ένα σημαντικό μειονέκτημα αυτών των ερωτηματολογίων είναι ότι δεν οδηγούν στον εντοπισμό συγκεκριμένων στοιχείων μιας ασθένειας, τα οποία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Για το λόγο αυτόν, αρκετοί κλινικοί ερευνητές τονίζουν ότι τα εργαλεία γενικού επιπέδου υγείας πρέπει να συμπληρώνονται από ερωτηματολόγια εξειδικευμένα για κάθε ασθένεια, προκειμένου να μπορούν να ανιχνευτούν σημαντικές κλινικές αλλαγές.

Σημαντικός αριθμός ερωτηματολογίων έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση του γενικού επιπέδου υγείας και τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Μερικά από τα πλέον διαδεδομένα είναι τα εξής:

Επισκόπηση υγείας του Nottingham **(Nottingham Health Profile)**

Σχεδιάστηκε για να παρέχει έναν περιεκτικό δείκτη των σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων υγείας του ατόμου. Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με σκοπό την αξιολόγηση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με το επίπεδο ενεργητικότητας, τις συναισθηματικές αντιδράσεις, την αϋπνία, την κοινωνική απομόνωση, τη δυσανεξία και άλλες φυσιολογικές λειτουργίες. Κάθε επίπεδο που μελετάται προσδιορίζεται σε σχέση με την απόκλιση από τη «φυσιολογική» κατάσταση και οι ερωτηθέντες απαντούν με «Ναι» ή «Όχι». Τέλος, οι ερωτήσεις δίνουν έμφαση κυρίως στην υποκειμενική εκτίμηση των ερωτηθέντων για το επίπεδο της υγείας τους.

Απεικόνιση επιπτώσεων της ασθένειας **(sickness impact profile)**

Η απεικόνιση επιπτώσεων της ασθένειας εντοπίζει τις αλλαγές στη συμπεριφορά ενός ατόμου λόγω της ασθένειάς του. Η κλίμακα περιλαμβάνει 12 ομαδοποιημένες κατηγορίες ερωτήσεων, οι οποίες συνθέτουν δύο τελικές ανεξάρτητες κατηγορίες: της σωματικής λειτουργίας και της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας. Είναι από τα πλέον γνωστά όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής, έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και χρησιμοποιείται σε διάφορες κατηγορίες ασθενών. Λόγω μεγέθους , είναι χρονοβόρο στην εφαρμογή του.

Γενικοί πίνακες κατάταξης της υγείας **(general health-ratings index)**

Η συγκεκριμένη κλίμακα αξιολογεί την υγεία, συνεκτιμώντας την προηγούμενη, την παρούσα και τη μελλοντική κατάσταση υγείας του ατόμου, καθώς και την αντίληψη και την ευαισθησία του στην ασθένεια.

Κλίμακα ευεξίας **(quality of well-being scale, QWB)**

Η QWB είναι ένα γενικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, το οποίο περιλαμβάνει μια σειρά συμπτωμάτων καθώς και τρεις διαστάσεις επιπέδων υγείας: κινητικότητα, σωματική δραστηριότητα και κοινωνική δραστηριότητα. Η κλίμακα ευεξίας συνοψίζει σε ένα δείκτη το σύνολο των συμπτωμάτων του ατόμου και το επίπεδο ανικανότητάς του. Χρησιμοποιείται τόσο ως δείκτης αποτελέσματος όσο και στην εκτίμηση της παρούσας και της μελλοντικής

ανάγκης για φροντίδα. Η κλίμακα έχει σταθμιστεί για να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μεμονωμένα άτομα αλλά και στο σύνολο του πληθυσμού, καθώς και για ειδικότερους πληθυσμούς, όπως σε ασθενείς με αρθρίτιδα και φορείς HIV.
Σκοπός της κλίμακας είναι η ποσοτικοποίηση του υγειονομικού αποτελέσματος οποιασδήποτε θεραπείας σε όρους ποιοτικά προσδιορισμένων χρόνων ζωής. Ένα «έτος ευεξίας» της κλίμακας είναι ισοδύναμο με ένα έτος σε κατάσταση πλήρους υγείας. Η κλίμακα βασίζεται σε ένα τρισδιάστατο μοντέλο για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας. Επίσης, η αξιολόγηση της υγείας αρχίζει με μια αντικειμενική εκτίμηση του επιπέδου λειτουργικότητας, ενώ, στη συνέχεια, για κάθε επίπεδο λειτουργικότητας αποδίδεται ένας βαθμός, ο οποίος αντιπροσωπεύει τη χρησιμότητα του συγκεκριμένου επιπέδου για το άτομο.
Τέλος, η αξιολόγηση της υγείας βασίζεται στην εκτίμηση όχι μόνο της παρούσας κατάστασης υγείας αλλά και της μελλοντικής πρόγνωσης.

***EuroQoL* (European quality of life scale)**
Το EuroQol είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από δύο μέρη: (α) μια οπτική αναλογική κλίμακα, στην οποία οι ασθενείς βαθμολογούν την κατάσταση υγείας τους και (β) ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο ταξινομεί τον ασθενή σε μία από τις 243 καταστάσεις υγείας. Η κλίμακα έχει πέντε διαστάσεις: κινητικότητα, φροντίδα για τον εαυτό, συνήθεις δραστηριότητες, πόνος, άγχος/κατάθλιψη. Σε κάθε διάσταση, ο ερωτώμενος επιλέγει μία από τις τρεις περιγραφές, τις οποίες θεωρεί ότι του ταιριάζει καλύτερα. Το EuroQoL ενσωματώνει σε ένα δείκτη αποτελέσματος το επίπεδο υγείας του ατόμου και χρησιμοποιείται συνήθως σε συνδυασμό με εξειδικευμένα εργαλεία και σε συγκεκριμένες ασθένειες. Βασικός στόχος της ερευνητικής ομάδας σχεδιασμού του ερωτηματολογίου ήταν η δημιουργία ενός εργαλείου αρκετά σύντομου και περιεκτικού, το οποίο θα διερευνά τις σημαντικότερες μεταβλητές με τον ελάχιστο δυνατό αριθμό ερωτήσεων.

Επισκόπηση Υγείας SF-36

Ειδικότερα το SF-36 αποτελείται από 36 ερωτήσεις που κατηγοριοποιούνται σε 8 θεματικές κλίμακες: σωματικές λειτουργίες, κοινωνικές λειτουργίες, πόνος, γενική ψυχική υγεία, περιορισμοί ρόλου λόγω σωματικών προβλημάτων, περιορισμοί ρόλου λόγω ψυχολογικών προβλημάτων, ζωτικότητα – ζωντάνια και γενική αντίληψη για την υγεία. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις αξιολογούνται σε κλίμακα από το 1 εώς το 5 όπου το 1 είναι χειρότερη ποιότητα και το 5 καλύτερη.

Το SF – 36 εφαρμόζεται σήμερα στον τομέα των χρονίων νοσημάτων όπως η ΧΝΑ γιατί καταγράφει ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων της σχετιζόμενης με την υγεία Ποιότητας Ζωής, με τρόπο σχετικά σύντομο και είναι εύκολο στη χρήση του. Επίσης το SF-36 καλύπτει θετικές αλλά και αρνητικές πλευρές της υγείας, γεγονός που θεωρείται σημαντικό πλεονέκτημα για ένα σύστημα αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής

<u>Ε2. Εξειδικευμένα εργαλεία</u> που έχουν αναπτυχθεί ειδικά για συγκεκριμένα νοσήματα όπως καρδιαγγειακά, πνευμονοπάθειες, νεοπλάσματα, αρθρίτιδες του τελικού σταδίου νεφρική νόσος ή για ειδικούς πληθυσμούς όπως οι ηλικιωμένοι ή για ειδικούς πληθυσμούς όπως η σεξουαλική λειτουργία ή για συγκεκριμένες καταστάσεις και προβλήματα. Τα εξειδικευμένα αυτά εργαλεία εστιάζουν στο θέμα που εξετάζουν με ειδικές ερωτήσεις, δεν επιτρέπουν όμως συγκρίσεις μεταξύ του υπό εξέταση πληθυσμού και άλλων ομάδων, ή συγκρίσεις μεταξύ καταστάσεων ή νοσημάτων.

<u>Ε.3 Τα συστήματα μέτρησης που ονομάζονται δείκτες ωφέλειας</u> (utility measures), ή QUALY (Quality Adjusted Life Years). Τα συστήματα αυτά επιχειρούν να εκτιμήσουν την οικονομική ωφέλεια που έχει η κοινωνία από τη χρησιμοποίηση ή μη συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας και να ωθήσουν σε μια ορθολογική κατανομή των πόρων μέσα στο σύστημα υγείας.

Η τεχνική της ανάλυσης κόστους-χρησιμότητας παρουσιάζει κάποια βασικά πλεονεκτήματα έναντι των άλλων τεχνικών οικονομικής αξιολόγησης, για το λόγο ότι συνδυάζει στην οικονομική ανάλυση την ποσότητα με την ποιότητα ζωής.

Ο Δεικτης των Ποιοτικά ΠροσδιορισμΕνων Ετών Ζωής (Quality Adjusted Life Years – QALYs)

Η μέτρηση της χρησιμότητας βασίζεται στον υπολογισμό ενός δείκτη αποτελέσματος, ο οποίος είναι γνωστός με την ονομασία "*QALYs*" (quality adjusted life-years), δηλαδή ποιοτικά προσαρμοσμένα (ή βελτιωμένα) έτη ζωής. Ο δείκτης αυτός επιχειρεί τη μέτρηση της βελτίωσης της υγείας σε προστιθέμενα ποιοτικά χρόνια ζωής. Συγκεκριμένα, ο δείκτης QALYs παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη μέτρηση του υγειονομικού αποτελέσματος, καθώς συνδυάζει την *ποσότητα* ζωής με την *ποιότητα*, σταθμισμένη σε ποιοτικά χρόνια επιβίωσης. Ο δείκτης που θεωρείται ευρύτερα αποδεκτός για τη μέτρηση της ποσότητας ζωής ή μακροβιότητας είναι το προσδόκιμο επιβίωσης. Αντίθετα, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πιο δύσκολο να αποτιμηθεί σε ποσοτικούς όρους, καθώς περικλείει ένα ευρύ φάσμα διαστάσεων του επιπέδου υγείας, οι οποίες σχετίζονται με τη σωματική, τη συναισθηματική, την κοινωνική και τη γνωστική πλευρά της ευεξίας. Ο συνδυασμός ποσότητας και ποιότητας εκφράζεται σε όρους υποκειμενικής χρησιμότητας για κάθε άτομο και ενσωματώνεται σε ένα δείκτη αποτελέσματος, το δείκτη QALYs.

2 βασικοί παράμετροι:

- χρόνος επιβίωσης
- ποιότητα ζωής

Στην ποιότητα ζωής με αυτή την έννοια αποδίδεται μια βαθμολογία μεταξύ του 0, που αντιστοιχεί στο θάνατο, και του 1, που αντιστοιχεί στην πλήρη υγεία, ή μεταξύ του 0 και του 100, σύμφωνα με άλλους ερευνητές. Με δεδομένη την επιλογή, ένα άτομο θα προτιμούσε μια μικρότερη σε χρόνο και με καλύτερη υγεία ζωή από μια μεγαλύτερη σε χρόνο ζωή με πολλά υγειονομικά προβλήματα. Με τη βοήθεια του δείκτη QALY είναι δυνατόν να συγκριθούν θεραπευτικές αγωγές

για την ίδια ασθένεια με όρους κόστους ανά ποιότητα βελτιωμένων ετών ζωής, τα οποία κερδίζονται από μια θεραπεία σε σύγκριση με κάποια άλλη.
Σύμφωνα με το παραπάνω μοντέλο, κατασκευάζονται από τους οικονομολόγους της υγείας πίνακες, οι οποίοι περιλαμβάνουν το κόστος ανά QALY για διάφορες ιατρικές παρεμβάσεις, με στόχο τη χρησιμοποίησή τους στην εκτίμηση των υγειονομικών αποτελεσμάτων. Η μέθοδος αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη σύγκριση δύο διαφορετικών θεραπευτικών αγωγών στο ίδιο υγειονομικό πρόβλημα και παρέχει στοιχεία για την αξιολόγηση συγκεκριμένων προγραμμάτων και πολιτικών υγείας.

Έτη Ζωής Χωρίς Αναπηρία (Disability Adjusted Life Years - DALYs):
Τα DALYs αφορούν στο σύνολο των χαμένων ετών εξαιτίας πρόωρου θανάτου ή ζωής με αναπηρία, προσαρμοσμένο στη σοβαρότητα της αναπηρίας. Το 1 Daly αντιπροσωπεύει την απώλεια ενός έτους πλήρους υγείας.
(Fallowfield , 1992)

ΣΤ. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ (ΔΟΠΕ)[1]

Η ελλιπής ή ανύπαρκτη αξιοποίηση πληροφοριών μέσα από καλά οργανωμένες διαδικασίες καθώς και η τάση να επιλύονται τα προβλήματα όταν προκύπτουν και όχι να προλαμβάνονται, είναι αποδείξεις που πιστοποιούν την ανάγκη υιοθέτησης από τους οργανισμούς υγείας, φιλοσοφίας διοίκησης με βάση τις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

Η **Διοίκηση Ολικής Ποιότητας Εξυπηρέτησης (ΔΟΠΕ)** είναι η ειδικότερη εφαρμογή της ΔΟΠ στις επιχειρήσεις και οργανισμούς παροχής υπηρεσιών, και φυσικά και στις υγειονομικές μονάδες : νοσοκομεία, ΚΥ. ΠΙ κ.λ.π., όπου **επίκεντρο είναι η ικανοποίηση του χρήστη της υπηρεσίας – αγαθό «υγεία» .** Λέγοντας όμως χρήστη δεν εννοούμε μόνο τον εξωτερικό χρήστη - πολίτη, αλλά όλους τους ανθρώπινους συντελεστές που συμβάλλουν στη λειτουργία μιας υγειονομικής μονάδας : τους εργαζόμενους (ιατρικό – νοσηλευτικό – διοικητικό – λοιπό προσωπικό), τους παντός τύπου συνεργάτες, την διοίκηση .

Η σωστή Ποιότητα Εξυπηρέτησης μπορεί να επιτευχθεί όταν εκπληρώνονται οι προσδοκίες, ικανοποιούνται οι ανάγκες και η ζήτηση όλων : πολιτών, εργαζομένων και managers.

Με βάση την παραπάνω διαπίστωση η σύγχρονη υγειονομική μονάδα πρέπει να θεσπίσει ένα **Ενιαίο Πλαίσιο Ποιότητας** (quality framework) για την βελτίωση της ποιότητας σε όλα τα πεδία ενδιαφέροντος, ώστε να εξασφαλίζεται η ικανοποίηση όλων. Με την έννοια του πλαισίου ποιότητας εννοείται όχι μόνο η πιστοποίηση του συστήματος με κάποιο από τα πιστοποιητικά ποιότητας του τύπου ISO 9000, αλλά η σύνδεση όλης της επιχειρησιακής στρατηγικής και της επικοινωνιακής της πολιτικής με δραστηριότητες ποιότητας. Επίκεντρο του πλαισίου ωστόσο θα πρέπει να αποτελεί η πολιτική ποιότητας για την ικανοποίηση του πολίτη - χρήστη.

Σε όλα τα επίπεδα της μονάδας πρέπει να επιδιώκεται **η βελτίωση της ποιότητας μέσα από ποιοτικούς στόχους**. Οι στόχοι αυτοί πρέπει να είναι : ρεαλιστικοί, προκλητικοί, επιτεύξιμοι και μετρήσιμοι. Πρέπει επίσης να είναι γνωστοί σε όλους τους συντελεστές μέσα στην μονάδα και να σπάνε σε επιμέρους στόχους που να συνδέονται με τις καθημερινές δραστηριότητες. Οι στόχοι δεν πρέπει να είναι σταθεροί αλλά να αναθεωρούνται και να ξεπερνιούνται ακόμη, σε σχέση με τις ανάγκες των χρηστών του συστήματος.

[1] ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, Σχεδιασμός Μοντέλου T.Q.M. για υπηρεσίες, Master Thesis της Ειρήνης Πατσιούρα.

Η ικανότητα της υγειονομικής μονάδας να ξεπερνά τους στόχους που θέτει, τη βοηθά να απομακρύνει τα αίτια κακής ποιότητας και να προλαμβάνει την εμφάνιση νέων. Η διαρκής πορεία βελτίωσης ποιότητας απαιτεί **έμφαση στην εσωτερική επικοινωνιακή της πολιτική και ουσιαστικό σύστημα κινήτρων**. Έτσι επιτυγχάνεται υποκίνηση και δέσμευση των εργαζομένων στο «ταξίδι» της Ολικής Ποιότητας. Απαιτεί επίσης **οργάνωση** με την έννοια ότι η πολιτική ποιότητας πρέπει να προλαμβάνει την εμφάνιση προβλημάτων και όχι να αντιμετωπίζει καταστάσεις «κρίσης». Οργάνωση σημαίνει συνεχείς - καθημερινές βελτιώσεις και παράγει μακροχρόνια αποτελέσματα. Απαιτείται όμως και **τακτική αλλαγή οργανωσιακής δομής** αν θέλουμε να συνδυάσουμε συνεχείς βελτιώσεις με διαδικασίες επανασχεδιασμού (re-engineering).

Οι μετρήσεις είναι απαραίτητες. Η υγειονομική μονάδα πρέπει να παρακολουθεί κάποια ποιοτικά μεγέθη εκφρασμένα σε ποσοτικούς δείκτες ώστε να θέτει στόχους και να κάνει τις απαραίτητες συγκρίσεις - benchmarking. Η όλη διαδικασία της ποσοτικοποίησης της ποιότητας και της βελτίωσής της πρέπει να παρακολουθείται μέσα από χάρτες και κατάλληλα εργαλεία (scorecards, Πληροφοριακό Σύστημα).

Η δυνατότητα συλλογής πληροφοριών, ακόμα και σε real time, διευκολύνεται ιδιαίτερα με τις σύγχρονες τεχνολογικές μεθόδους. Όσο απαραίτητη είναι η χρήση κάποιου software για την γρηγορότερη παροχή υπηρεσιών τόσο αναγκαία είναι στις μέρες μας η δημιουργία ενός Πληροφορικού Συστήματος που θα δίνει στο Management τα απαραίτητα στοιχεία για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, την αποφυγή λαθών αλλά και την άμεση αντιμετώπιση καταστάσεων «κρίσης».

Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και μετρήσεις

Ο Royer (1999) αναφέρει σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας «Αν δεν μπορείς να μετρήσεις κάτι, απλά μην το κάνεις». Με την παραπάνω φράση, τονίζεται η ανάγκη για μετρήσεις κατά την εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας. Οι οργανισμοί που έχουν σωστή πληροφόρηση και τεκμηριωμένες μετρήσεις πιθανόν να διαχειριστούν πολύ καλύτερα τους διαθέσιμους πόρους τους από εκείνους που δεν διαθέτουν τις απαιτούμενες απαντήσεις.

Επιπλέον, ο Betka (1993) συμπληρώνει ότι οι managers των κλινικών που θέλουν να διευθύνουν την ποιότητα πρέπει να εγκαταστήσουν συστήματα και διαδικασίες που μετρούν την ποιότητα, αντί να βασίζουν τις αποφάσεις τους στην διαίσθηση. Η ύπαρξη δεικτών αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας για τις διαδικασίες του οργανισμού θα βοηθήσει ουσιαστικά στην πορεία προς την ποιότητα. Από τις εργασίες εισαγωγής ενός ασθενή, την μεθοδολογία νοσηλείας του μέχρι και την φροντίδα μετά την έξοδο του από την κλινική πρέπει να υπάρχουν δείκτες μέτρησης. Οι δείκτες αυτοί θα χρησιμοποιούνται σε όλα τα στάδια εφαρμογής αφού θα αποτελούν τους πιλότους ανεύρεσης των

προβληματικών διαδικασιών. Ο επανασχεδιασμός προβληματικών διαδικασιών αλλά και οριοθέτηση των στόχων του οργανισμού απαιτούν την ύπαρξη πληροφορίες για την λειτουργία του οργανισμού.

Η μέτρηση της ποιότητας μίας νοσηλευτικής μονάδας μπορεί να επεκταθεί στα ακόλουθα πεδία:

1. Απόδοση υγειονομικής φροντίδας: είναι ο σημαντικότερος τύπος απόδοσης, αφού αποτελεί και τον σκοπό του οργανισμού. Αφορά τα ιατρικά αποτελέσματα και μετρήσεις για την θνησιμότητα, τον έλεγχο των λοιμώξεων κλπ.
2. Λειτουργική απόδοση: αφορά την μέτρηση της απόδοσης του ιατρικού, νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού αλλά και της αποδοτικότητας της οργάνωσης του ανθρώπινου δυναμικού.
3. Απόδοση ως προς τους πελάτες: αφορά την ικανοποίηση του ασθενή ως προς τις υπηρεσίες που δέχονται και μετράται με την βοήθεια ερωτηματολογίου και συνεντεύξεων.
4. Οικονομική απόδοση και θέση στην αγορά: αφορά την θέση του οργανισμού στην αγορά, την κερδοφορία του, την αξιοποίηση των κεφαλαίων κλπ.

- **Αποδοτικότητα:**Η παραγωγή μέγιστων εκροών για οποιοδήποτε σύνολο εισροών ή χρησιμοποίηση των ελάχιστων εισροών για την απαιτούμενη ποσότητα και ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- **Αποτελεσματικότητα:**Η αποτελεσματικότητα του οργανισμού στην κάλυψη των αναγκών των πολιτών.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1993):
‘η ποιότητα αποτελεί την παροχή εκείνων των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων, που είναι ικανές να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, συμβάλλοντας στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από την πλευρά διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής’.

Η πιο έγκυρη ταξινόμηση των δεικτών ποιότητας θεωρείται πιθανόν η ‘Τριάδα Donabedian’ (1980), η οποία συμπεριλαμβάνει τους παρακάτωδείκτες:

- τη δομή (προσωπικό και διαθέσιμοι πόροι),
- τη διαδικασία (παραγόμενο έργο) και
- το αποτέλεσμα (έκβαση από την εφαρμογή των συγκεκριμένων δράσεων).

Μέσω της προσέγγισης των ορισμών που δίνονται στη βιβλιογραφία (WHO, 1993; Donabedian, 1980), προκύπτει η διαπίστωση ότι η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας συνδέεται με την ικανοποίηση των καταναλωτών - πελατών
Καθορίζονται δέκα παράγοντες που πρέπει να συντρέχουν για την ερμηνεία της, όπως είναι οι παρακάτω (Maxwell, 1992):

1. **Αξιοπιστία**: σταθερότητα φροντίδας, συνέπεια εκτέλεσης και διάρκεια στην παροχή υπηρεσιών.
2. **Ανταπόκριση**: προθυμία, ετοιμότητα των εργαζόμενων να εξυπηρετήσουν το χρήστη.
3. **Ικανότητα**: απαραίτητα προσόντα-δεξιότητες των εργαζόμενων για να εκτελέσουν την υπηρεσία.
4. **Πρόσβαση**: ευκολία ή δυσκολία του να έρθει κανείς σε επαφή ή να εισχωρήσει στην υπηρεσία.
5. **Ευγένεια**: Φιλικότητα και προσανατολισμός του προσωπικού στην εξυπηρέτηση του χρήστη.
6. **Επικοινωνία**: Τρόποι πληροφόρησης του χρήστη με κατανοητούς όρους και ενδιαφέρον για να ακουστούν οι ανησυχίεςτου χρήστη.
7. **Επαγγελματική πίστη**: Εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και καλή φήμη του προσωπικού.
8. **Ασφάλεια**: Σωματική ασφάλεια, όχι ρίσκο ή αμφιβολίες, εχεμύθεια.
9. **Κατανόηση**: Σκληρή δουλειά από άλλους εργαζόμενους, προκειμένου να καλύψουν διάφορες ανάγκες και ανησυχίες του χρήστη, καθώς και επίδειξη κατανόησης στην πράξη.
10. **Φυσικά χαρακτηριστικά**: ευχάριστο περιβάλλον εργασίας, εμφάνιση εργαζομένων.

Ποιότητα και ανθρώπινοι πόροι στις μονάδες υγείας

Η έμφαση στην ποιότητα, στην καινοτομία, στην δημιουργικότητα και η μέτρηση της αποδοτικότητας σε όλες τις διαδικασίες έφεραν τον άνθρωπο στο κέντρο της οργάνωσης μίας επιχείρησης. Οι εργαζόμενοι θα πρέπει (Zairi, 1998):

– να είναι πάντα ενήμεροι των αλλαγών που γίνονται στην επιχείρηση
– να ενθαρρύνονται συνεχώς
– να επιβραβεύονται για το έργο τους
– να δύνανται να συνεργαστούν αρμονικά
– να έχουν συγκεκριμένες και οροθετημένες αρμοδιότητες.

Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του κλάδου της υγείας είναι η πολύπλοκη οργάνωσή του. Η εφαρμογή των βασικών αρχών της ποιότητας θα βοηθήσει πολύ στη βελτίωση της επικοινωνίας στον οργανισμό και, συνεπώς, στη βελτίωση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού.

Η ΔΟΠ είναι καθαρά ανθρωποκεντρική θεωρία οργάνωσης και διοίκησης. Οι εργαζόμενοι, όλων ανεξαρτήτων των ιεραρχικών βαθμίδων, αποτελούν το κλειδί για την αποτελεσματική εισαγωγή, ανάπτυξη και βελτίωση των προγραμμάτων ποιότητας (Oakland, 1998). Η παροχή προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης, η συστηματική αξιολόγηση, η ύπαρξη συμμετοχικών συστημάτων στην παραγωγή, η αναβάθμιση και ο σχεδιασμός του εργασιακού χώρου και των σχέσεων, καθώς και η χάραξη μιας στρατηγικής για το ανθρώπινο δυναμικό είναι τα βασικά σημεία γύρω από το ανθρώπινο δυναμικό που θα πρέπει να προσέξουν οι διοικήσεις των επιχειρήσεων που υλοποιούν προγράμματα ΔΟΠ. Η εκπαίδευση του προσωπικού στα πρώτα

στάδια εφαρμογής ενός προγράμματος Διασφάλισης ποιότητας θα έχει ως στόχο την εξοικείωση των εργαζομένων με την έννοια και τις αρχές της ποιότητας (Donabedian, 1996).

Η επικοινωνία και η συνεργασία σε μία μονάδα υγείας θα πρέπει να εκτείνεται σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα, αλλά και στις διαφορετικές λειτουργίες του οργανισμού προκειμένου για την προστασία εργαζομένων και ασθενών (Frizsimmons and White, 1997). Η επικοινωνία και η συνεργασία οδηγούν στην ανάπτυξη πνεύματος ομαδικότητας. Όταν οι εργαζόμενοι συνεργάζονται αρμονικά επωφελούνται ιδιαίτερα καθώς:

– Βελτιώνεται η εργασιακή τους απόδοση
– Ελαχιστοποιούνται τα κόστη
– Σημειώνεται ανάπτυξη του οργανισμού και βελτίωση των υπηρεσιών
– Βελτιστοποιείται η χρήση των διαθέσιμων πόρων.

Ποιότητα και ικανοποίηση ασθενών

Η ικανοποίηση του ασθενή, κατά τον Yucelt, αποτελεί την επιβεβαίωση ή μη των επιδιώξεων σχετικά με την ποιότητα και την απόδοση των υπηρεσιών. Παρόλο που αυτό που χρειάζεται ένας ασθενής από ένα νοσοκομείο είναι η θεραπεία, υπάρχει πλήθος άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την κρίση του (Kotler and Clarke, 1987). Οι ασθενείς κρίνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις μεθόδους διαχείρισης παραπόνων, την συμπεριφορά ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την άμεση ή μη παροχή της υγειονομικής φροντίδας και την συνολική εικόνα του οργανισμού. Άλλωστε, η αδυναμία των ασθενών να εκτιμήσουν την ποιότητα της κλινικής φροντίδας που τους παρέχεται, τους οδηγεί στο να κρίνουν ένα νοσοκομείο από τις ώρες παροχής υπηρεσιών, τις ξενοδοχειακές ανέσεις (τηλεόραση, λουτρά) και την εξυπηρέτηση (Teiberg et al, 1994). Κατά τον Karydis et al (2001), η εκτίμηση των ασθενών για την ποιότητα στην υγεία είναι πιο περίπλοκη από την εκτίμηση αυτών για άλλες υπηρεσίες για τους ακόλουθους λόγους:

1. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα,
2. Οι ασθενείς δεν μπορούν να προγραμματίσουν τις ανάγκες τους για αυτού του είδους τις υπηρεσίες,
3. Οι ασθενείς δεν μπορούν να συγκρίνουν τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν σε σύγκριση με υπηρεσίες από ανταγωνιστικούς οργανισμούς (Mosialos, 1991),
4. Συνήθως, ένας ασθενής δεν γνωρίζει πότε, που και πώς πρέπει να θεραπευτεί (Eastaugh, 1987),
5. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ανεπιθύμητη και δημιουργεί ανασφάλεια και άγχος,
6. Το επάγγελμα του ιατρού θεωρείται από τα πιο προστατευμένα και ελεγχόμενα στην Ελλάδα, στο οποίο υπάρχουν περιορισμοί για την προστασία του κοινωνικού συνόλου (Maniadakis, 1996).

Εμπειρικές έρευνες καταδεικνύουν ότι οι επικοινωνιακές ικανότητες των θεραπευτών βελτιώνουν το αντιληπτό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Οι ιατροί εφόσον αντιληφθούν τις παραπάνω ανάγκες και απαιτήσεις και τον βαθμό

που επηρεάζουν την αντίληψη των ασθενών, δύνανται να βελτιώσουν τις λεκτικές και μη επικοινωνιακές τους ικανότητες (Angelopoulou, 1999).

Η ικανοποίηση του ασθενή (Crolin and Taylor, 1994), είναι ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τις μονάδες υγείας.

Ένα σημείο ακόμη, που χρήζει προσοχής, είναι η διαφοροποίηση της εννοιολογικής ερμηνείας των όρων ‘διασφάλιση’ και ‘βελτίωση’, όπου στο μεν πρώτο τίθεται ένα προδιαγεγραμμένο όριο τιμών, πέρα από το οποίο αναλαμβάνονται δράσεις, δίνοντας μεγαλύτερο βάρος στην επίτευξη προκαθορισμένων στόχων, ενώ στο δεύτερο η αλλαγή επιχειρείται στις συνολικές διεργασίες και όχι μόνο σε αυτές που θεωρούνται μη αποδεκτές, επιχειρώντας την κατανόηση των επιμέρους αιτιών (Κυριόπουλος κ.α., 2003)

Στον τομέα της υγείας όμως, η κατάσταση αποδεικνύεται ιδιαίτερα ρευστή και πολύπλοκη. Η μεγιστοποίηση του επιθυμητού αποτελέσματος είναι άμεσα εξαρτώμενη, αφενός από τους επιμέρους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της εκάστοτε θεραπείας και αφετέρου από τις υψηλές απαιτήσεις των καταναλωτών (Τούντας, 2003, 2002).

Τα τελευταία χρόνια έχει καθιερωθεί ο λεγόμενος Κλινικός Έλεγχος, μία διαδικασία που εφαρμόζεται σε νοσοκομεία που δεν έχουν υιοθετήσει ολοκληρωμένα συστήματα ποιότητας, με την ταυτόχρονη χρήση κριτηρίων ή προτύπων, ως μέτρο σύγκρισης (Τούντας, 2003).

Σε όλες τις περιπτώσεις, η ποιότητα στην υγεία δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο, αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και της φροντίδας, αποβλέποντας στην ικανοποίηση του ευρύτερου φάσματος των πελατών (Wilson & Goldschmidt, 1995; Νιάκας, 1993).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Η έρευνα στο χώρο της ιατρικής επικοινωνίας επικεντρώνεται στο ρόλο που κατέχει η θεραπευτική σχέση ως προγνωστικός δείκτης στο αποτέλεσμα της θεραπείας. Μόλις από το 1968, η μελέτη του Korsch και των συνεργατών του, έπειτα από την εξέταση 800 επισκέψεων σε ασθενείς νοσοκομειακής κλινικής στο Λος Άντζελες, ανέδειξε την έλλειψη ζεστασιάς και οικειότητας με το γιατρό, ως μία εκ των σημαντικότερων μεταβλητών που συνδεόταν με χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης και συμμόρφωσης του ασθενή.

Οι Poole και Sanson-Fisher (1979) ανέδειξαν ότι υπάρχουν πολλά και σημαντικά προβλήματα στην ιατρική εκπαίδευση σχετικά με την ανάπτυξη και την εδραίωση θεραπευτικών δεσμών. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει κανένα στοιχείο που να οδηγεί στη διαπίστωση ότι οι γιατροί έχουν την ικανότητα να επικοινωνούν με τους ασθενείς εκφράζοντας ενσυναίσθηση ή το ότι αποκτούν αυτή τη δεξιότητα στο πλαίσιο της εκπαίδευσής τους. Η έρευνά τους ενίσχυσε τη διαπίστωση ότι τόσο στο πρώτο, όσο και στο τελευταίο έτος, οι επικοινωνιακές δεξιότητες των γιατρών χαρακτηρίζονταν ιδιαίτερα περιορισμένες. Και το πλέον απογοητευτικό στοιχείο ήταν ότι ακόμη και οι ειδικευόμενοι ψυχίατροι, δεν συγκέντρωναν τις απαραίτητες γνώσεις στο συγκεκριμένο πεδίο. miάφοροι σχολιαστές ωστόσο, ερμηνεύουν αυτά τα αποτελέσματα σύμφωνα με το ότι το θεωρητικό πλαίσιο προέτρεπε τους γιατρούς να μένουν ‘αμέτοχοι’

συναισθηματικά κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους, δίνοντας έμφαση στους μηχανισμούς που ευθύνονται για τη δημιουργία της νόσου.

Πρωταρχικό στοιχείο στη θεραπεία αποτελεί η κατανόηση της οπτικής του ασθενή, δηλαδή οι σκέψεις, οι ιδέες, οι ανησυχίες, τα συναισθήματα και οι προσδοκίες του. Όπως διατυπώνεται από τον Eric Cassell (1976):
'το να ακούει κανείς δεν σημαίνει ότι εστιάζει μόνο στα συμπτώματα που αναφέρονται, αλλά στο πώς αυτά ερμηνεύονται από τον ίδιο τον ασθενή'.
Αλλά και από τον Rogers (2006):
'Όταν αναλαμβάνω να ακούσω τον άλλο, εννοείται φυσικά ότι το κάνω εις βάθος. Εννοώ ότι ακούω τα λόγια, τις σκέψεις, τη διαβάθμιση των συναισθημάτων, το προσωπικό νόημα, ακόμη και το νόημα που βρίσκεται πίσω από τη συνειδητή πρόθεση του ομιλητή. Μερικές φορές επίσης, σε ένα μήνυμα που επιφανειακά δεν είναι πολύ σημαντικό, ακούω μια βαθιά ανθρώπινη κραυγή που βρίσκεται θαμμένη κι άγνωστη, πολύ βαθιά κάτω από την επιφάνεια του προσώπου'.

Εκφράζοντας Ενσυναίσθηση

'Κάθε ασθενής θα πρέπει να νιώθει ότι η ασθένειά του βρίσκεται στις άμεσες προτεραιότητες του γιατρού, ο οποίος είναι απαραίτητο να εκφράζει τη συμπάθειά του, που θα του επιτρέπει να κατανοεί τους φόβους του ασθενή, την αγωνία, τον πόνο και τη δυσαρέσκεια... Οφείλει να είναι ικανός να βάζει τον εαυτό του στη θέση του ασθενή'.

Petit-Zeman, The Training of a Doctor,
British Medical Association report (2005)

Ο όρος ενσυναίσθηση συγκεντρώνει πολλούς ορισμούς και ερμηνείες, μεταξύ των οποίων συναντάται και αυτός του Mead (1934): 'ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα να παίρνει κανείς το ρόλο του άλλου και να υιοθετεί εναλλακτικές προοπτικές σχετικά με τον εαυτό του'.
Ο Rogers αναφέρει σχετικά (1959): 'Η κατάσταση της ενσυναίσθησης ή του να είναι κάποιος ενσυναισθητικός είναι να αντιλαμβάνεται κανείς το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του άλλου με ακρίβεια και με τα συγκινησιακά συστατικά και νοήματα που εμπεριέχονται σε αυτό σαν να ήταν ο ίδιος το πρόσωπο, αλλά πάντα χωρίς να χάνει τη συνθήκη 'σαν'. Αυτό σημαίνει να συναισθάνεται τον πόνο ή την ευχαρίστηση του άλλου όπως ο άλλος τα αντιλαμβάνεται, αλλά χωρίς να παύει να αναγνωρίζει ότι είναι σαν εγώ να πονούσα ή σαν να ήμουν ευχαριστημένος κ.λ.π.
Αν χαθεί το στοιχείο 'σαν', τότε το στάδιο είναι αυτό της ταύτισης'.

Η ενσυναίσθηση - κατά άλλους - 'εμπαθητικότητα' ή 'συνεναισθησία' ή 'συναισθηματική κατανόηση' είναι η ικανότητα να συντονίζεσαι συναισθηματικά και νοητικά με τον άλλο, χωρίς να ταυτίζεσαι μαζί του.
Ο Greenson (1960) από την πλευρά του διατύπωσε έναν λακωνικό ορισμό, βάσει του οποίου ενσυναίσθηση σημαίνει να μοιράζεσαι και να βιώνεις τα συναισθήματα ενός άλλου ανθρώπου.

‘Με σκοπό να βοηθήσουμε έναν ασθενή, πρέπει να τον γνωρίζουμε συναισθηματικά. δεν θα μπορούσε κάποιος να αντιληφθεί την πολυπλοκότητα των ανθρώπινων συναισθημάτων, παρά μόνο μέσω της συναισθηματικής κατανόησης, της κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων, υπό την έννοια του όρου ενσυναίσθηση’.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Donabedian A. “Quality improvement through monitoring health care”, Annual Meeting of the Society of the Quality Assurance in Health Care , Seoul, 29 March, 1996.
- Morris MD. Measuring the condition of the world’s poor. The physical quality of life index. New York, Pergamon Press, 1979.
- Jordan TE. Developing an international index of quality of life for children: the NICQL Index. J Roy Soc Health 1983, 4: 127-130.
- Σαρρής Μ, Σούλης Σ, Υφαντόπουλος Γ. Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3):230-238.
- Τούντας Γ. *Πολιτική Υγείας.* Εκδόσεις Οδυσσέας/ Νέα Υγεία, Μάιος 2002.
- Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Αθήνα, 1997.
- Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ. Η Αναζήτηση της Ποιότητας στην Υγεία και τη Φροντίδα Υγείας. Κείμενα ομοφωνίας. Αθήνα, Παπαζήσης, 2004.
- Σαρρής Μ. Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα, Παπαζήσης, 2001.
- Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3):218-229
- Angelopoulou Penelope, Kangis Peter, Babis George “Private and public medicine: a comparison of quality perceptions”, International Journal of Health Quality Assurance 1998.
- Flanagan, J.C (1978). A research approach to improving our quality of life. American Psychologist 33, pp. 138-147
- Flanagan, J.C (1982). Measurement of Quality of life: Current state of the Art, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 63, pp 56-59.
- Fitzsimmons P., White T. “medicine and management: a conflict facing general practice”, journal of Management in Medicine.

- Fallowfield L. The quality of life the missing measurement in Health Care.
- London, Souvenir Press, 1992.
- WHO. *The principles of quality assurance.* Copenhagen WHO, 1983

http://ec.europa.eu/health

http://www.oecd.org

www.epapanis.blogspot.com